UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

LABORATORIO DE CITOMETRÍA DE FLUJO

HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

Dirección: Torre paciente critico 3° Piso (Frente a Patología quirúrgica) Hospital Guillermo Grant Benavente
Fono : (41) 2722533
mail:labcitometria@ssconcepcion.cl/citometriahggb@gmail.com

SOLICITUD DE ESTUDIO DE INMUNOFENOTIPO DE HEMOPATÍAS MALIGNAS.

RUT*:_____ Nombre*:_____
Fecha de Nac*:____/_____/_____ Edad:_____ Sexo* ○ F ○ M
Dirección*:_____ Comuna*: _____
Centro Médico*_____ Región: _____Email Paciente_____
Servicio*: _____ Médico Tratante(**obligatorio**):_____
Diagnóstico*:_____ Email, Médico/Servicio (**obligatorio**):_____
Teléfono paciente:_____Teléfono de contacto notificación urgente_____

MOMENTO EVOLUTIVO:
Año de Diagnóstico: _____. ○ Presentación ○ Seguimiento ○ Recaída

TIPO DE MUESTRA:
MUESTRA ENVIADA (obligatorio): ○ MO ○ SP OTRO (Especificar):_____

Fecha toma de muestra * _____/_____/_____ Hora*_____/_____

Responsable toma de muestra :_____Responsable Traslado_____

ANTECEDENTES CLÍNICOS:
Corticoides: ○ SI ○ No Sindr. Dowm: ○ SI ○ No

EXAMEN FISICO								
Linfadenopatías	○ No	○ SI	Hepatomegalia	○ No	○ SI	Esplenomegalia:	○ No	○ SI
SNC Comprometido	○ No	○ SI	Masa mediastínica	○ No	○ SI	Derrame pleural:	○ No	○ SI

EXÁMENES DE LABORATORIO** Fecha de Exámenes:_____/_____/_____

Hb (gr/dL) / Hcto (%) :_____/_____ Plaq _____x mm^3 Leucocitos:_____x mm^3

Eo____ Baso_____ Mielo_____ Juv_____ Baci_____ Seg_____ Linfo_____ Mono _____ %
Blastos en Sangre: _____% Blastos en MO:_____% OTROS_____

ANTECEDENTES CLÍNICOS *:

Nota: Los campos con (*) son obligatorios, de lo contrario será motico de rechazo.
(**) Obligatorio en muestras de Sangre periférica.

Dirección: Torre paciente critico 3° Piso (Frente a Patología quirúrgica) Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile
Fono: (41) 2722533
mail: labcitometria@ssconcepcion.cl/citometriahggb@gmail.com

Descargar Solicitud